



ที่ _____

ชื่อ(สถานพยาบาล) _____

ที่อยู่ _____

วันที่ _____.

เรื่อง ขอเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล/ตรวจสอบสุขภาพ จากเงินบริจาคเพื่อการอุปถัมภ์จากภิกษุอาพาธทั่วประเทศ
เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

รายการค่ารักษาพยาบาล/ตรวจสอบสุขภาพภิกษุ - สามเณร	
วันที่รับบริการ _____	ชื่อ - สกุล _____ H.N. _____
อายุ _____ วัน เดือน ปี เกิด _____	บัตรประชาชน _____
รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1. ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	
2. ค่าอุปกรณ์วิยวะเทียม	
3. ค่าฟันปลอม/รากฟันเทียม	
4. ค่าห้องปฏิบัติการที่เบิกไม่ได้	
5. ค่าตรวจเครื่องมือพิเศษอื่นๆ	
6. ค่าเครื่องช่วยฟัง	
7. ค่าเลนส์สายตา	
8. ค่าวัคซีน	
9. ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นอื่นๆ	
รวมทั้งสิ้น	

(ตัวอักษร) _____.

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

ขอรับรองว่าค่าบริการทางการแพทย์ถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าสถานพยาบาล

(ส่วนราชการเจ้าของเรื่อง)

โทรศัพท์ _____.

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร/สาขา _____ เลขที่บัญชี _____ ชื่อบัญชี _____.

